

ANNEE 1966

THÈSE

181

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean-Pierre MAUGENEST

né le 29 novembre 1935 à Villedomer (I. et L.)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES VOLVULUS
GASTRIQUES DANS LES HERNIES HIATALES.
A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS.

Président : Mr. J. M. VERNE, Professeur

ANNEE 1966

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean-Pierre MAUGENEST

né le 29 novembre 1935 à Villedomer (I. et L.)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES VOLVULUS
GASTRIQUES DANS LES HERNIES HIATALES.
A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS.

Président : Mr. J. M. VERNE, Professeur



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Ol.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
	{ RICHET (G.)
	{ DEJOURS (P.)
Physiologie	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	{ Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	{ — N...
	{ Cochin LEGER (L.)
	{ Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	{ Saint-Antoine GOSSET (J.)
	{ Salpêtrière SICARD (A.)
	{ Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	{ Bicêtre DEPARIS (M.)
	{ Broussais MILLIEZ (P.)
	{ Cochin BROUET (G.)
	{ Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	{ Lariboisière SÈZE (S. de)
	{ Pitié DREYFUS (G.)
	{ Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	{ Saint-Antoine BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales { Baudelocque	LACOMME (M.)
. { Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — — (Cochin).	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	{	ANDRÉ (R.)
		BOUSSER (J.)
		GIBERTON (A.)
Hydrologie et climatologie		BASTIN (R.)
Maladies infectieuses		AZERAD (E.)
		BOUR (H.)
		CABROL (Ch.)
		GROSSIORD (A.)
		LAMBLING (A.)
Médecine		LAUNAY (Cl.)
		PAYET (M.)
		PERRAULT (M.)
		SIGUIER (F)
		WORMS (R.)
Neuro-chirurgie		LE BEAU (J.)
Neurologie		LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie		PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie		MADURO (R.)
	{	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie		ROYER (P.)
	{	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie		MEYER (A.)
Rhumatologie		DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYSSOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mes Enfants,

A mes Parents,

A mon Beau-Père,

A toute ma Famille :

A mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533912_0031

A mon Maître,

Monsieur le Professeur J. M. VERNE

Professeur de Clinique Chirurgicale à la
Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Pour la reconnaissance que je lui dois
d'avoir bénéficié de ses leçons et de
l'exemple de sa grande culture chirurgi-
cale, de son esprit de finesse et de
sa remarquable bienveillance pour gui-
der mes premiers gestes chirurgicaux.

A Mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé F. FLABEAU

Chirurgien des Hôpitaux

Qui m'a inspiré ce travail et aidé de
ses judicieux conseils.

Qu'il veuille bien accepter le témoignage
de ma gratitude, pour son inépuisable
bienveillance, son précieux enseignement
et tous les conseils qu'il n'a cessé de
me prodiguer avec toujours autant de
souriante courtoisie.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux durant mon Internat :

Monsieur le Professeur J. BAUMANN

Chirurgien des Hôpitaux, Professeur de Clinique
Anesthésiologique

Monsieur le Professeur Agrégé J. BARCAT

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé R. MUSSET

Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé C. DUFOURMENTEL

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur A. DUFOUR

Chirurgien des Hôpitaux

A Mes Maîtres pendant mon Externat :

Monsieur le Professeur J. MATHEY
Professeur de Clinique Chirurgicale Pleuro-Pulmonaire
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur J. L. LORTAT-JACOB
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur R. KOURILSKY
Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur J. BERNARD
Professeur de Cancérologie
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé J. NICK
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé H. BRISSAUD
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé Y. BOUVRAIN
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé J. P. BINET
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé J. J. GALEY
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé J. N. MAILLARD
Chirurgien des Hôpitaux

Au Docteur J. H. TERQUEM
Ancien Chef de Clinique,
Chirurgien de l'Hôpital Ecole de la Croix Rouge

Qui m'a confié deux des observa-
tions et m'a aidé de ses conseils.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - LES OBSERVATIONS

III - LES SIGNES CLINIQUES :

- Signes fonctionnels,
- Signes physiques.

IV - LES SIGNES RADIOLOGIQUES :

- Techniques
- La radiographie sans préparation
- La radiographie après ingestion barytée
- Le diagnostic différentiel radiologique

V - EVOLUTION et COMPLICATIONS :

- Définitions des termes : incarceration, obstruction, strangulation
- Signes de la hernie hiatale étranglée :
 - . cliniques,
 - . radiologiques

VI - LES DONNEES ANATOMIQUES ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

- 1 - L'hiatus oedophagien
- 2 - La hernie hiatale
 - . para-oesophagienne,
 - . mixte
- 3 - Les moyens de connexion gastro-oesophagien
 - . la membrane de Laimer-Bertelli
 - . le ligament phréno-gastrique
 - . l'artère coronaire stomachique
- 4 - Le volvulus gastrique :
 - . organo-axial,
 - . mésentérico-axial

- 5 - Anatomie pathologique des volvulus gastriques dans les hernies hiatales :
 - . fréquence,
 - . mécanisme
- 6 - L'étranglement :
 - . mécanisme
 - . anatomie pathologique

VII - PATHOGENIE

- 1 - Du volvulus non compliqué :
 - . rôle de l'aspiration thoracique,
 - . le volvulus organo-axial
 - . le volvulus mésenterico axial
 Conclusions
- 2 - Pathogénie de l'étranglement

VIII - TRAITEMENT

- 1 - du volvulus non compliqué :
 - . incision,
 - . réduction,
 - . conduite à tenir :
 - vis à vis du sac,
 - vis à vis de l'orifice hiatal
 - . intérêt d'une autre voie d'abord
- 2 - De la hernie hiatale étranglée
 - . la vidange gastrique
 - . le traitement de la hernie
 - . 3 problèmes :
 - le sac
 - la réanimation,
 - l'aspiration gastrique
- 3 - L'ulcère du collet

IX - CONCLUSIONS

X - BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION -

Le volvulus gastrique est une complication bien connue et extrêmement fréquente au cours des ruptures traumatiques du diaphragme. Par contre, la constitution d'un volvulus gastrique dans une hernie histale est considérée comme très rare dans toutes les statistiques.

Nous avons pu réunir quatre observations de ce type et, à cette occasion, nous avons repris la symptomatologie clinique et radiologique.

Nous avons été frappés par un certain nombre de points particuliers sur lesquels nous insisterons plus volontiers :

- ce volvulus survient le plus souvent dans les hernies para-oesophagiennes,
- les deux types de volvulus gastriques (organo-axial et mésentérico-axial) peuvent être observés dans une hernie histale.
- les hernies histales avec volvulus gastrique sont pratiquement les seules formes susceptibles de s'étrangler.

Des lésions gastriques associées (ulcères de la petite courbure en particulier) peuvent se rencontrer au cours de ces états volvulaires. Nous verrons que, dans les formes mésentérico-axiales, ces lésions sont le plus souvent primitives et n'ont rien de commun, tant au point de vue pathogénique que thérapeutique, avec les ulcères du collet de certaines hernies histales.

II - LES OBSERVATIONS -

1° Madame POUPINEL

Il s'agit d'une femme âgée de 63 ans , qui entre dans le service du Professeur FLABEAU le 8 juin 1965.

Le motif de l'hospitalisation est constitué :

- de douleurs épigastriques peu importantes, mais surtout
- de vomissements très abondants de liquide de stase entre les repas, et alimentaires survenant aussitôt après le repas.

Ces vomissements sont pratiquement constants depuis un mois et ont entraîné :

- une grave altération de l'état général avec amaigrissement rapide.

a) Les antécédents.

. sont très anciens et la malade se souvient avoir eu depuis très longtemps des épisodes de vomissements avec amaigrissement.

. cependant, un épisode beaucoup plus important est à signaler : le 17 mars 1965, la malade avait été hospitalisée dans un service de médecine générale pour un épisode aigu fait de :

- douleur abdominale vive épigastrique
- vomissement très abondant et noirâtre et intolérance digestive absolue,
- diarrhée profuse, fétide et noirâtre.



Ces divers symptômes s'accompagnaient d'un état lipothymique inquiétant. Sous l'effet de Buscopan et de Primpéran, tout était rentré dans l'ordre en quelques heures et on s'était alors plus intéressé au système cardio-vasculaire, par ailleurs un peu déficient, qu'aux troubles d'origine gastrique.

b) A l'entrée, devant le tableau clinique

- l'examen physique ne montre rien de particulier et on pense à un syndrome de sténose gastrique.
- des radiographies sont effectuées :
 - . la radiographie pulmonaire de face montre une volumineuse image hydro-aérique de la base gauche
 - . le transit gastro-duodéal objective :
- l'existence d'un volvulus gastrique : La face postérieure de l'estomac est en avant, la grande courbure au-dessus de la petite courbure, le pylore au-dessus du cardia, la grosse tubérosité au-dessous de l'antrum, ceci étant bien objectivé par certains clichés.
Il existe un rétrécissement entre la poche tubérositaire qui est dilatée, et la partie inférieure intra thoracique de l'estomac.
- la situation de ce volvulus est discutable en raison de la difficulté que l'on a à situer la ligne sombre du diaphragme, l'image pouvant être interprétée :
 - . soit comme une ectopie intra thoracique de la portion inférieure de l'estomac,
 - . soit comme une éversion diaphragmatique.

Enfin, le radiologue attire l'attention sur une image anormale de la petite courbure qui pourrait être la traduction d'un petit ulcère.

Compte tenu de l'image radiologique et de l'état clinique, deux problèmes se posent :

- l'un, diagnostic : est-ce une hernie hiatale ou une éventration diaphragmatique dans lequel s'est produit un volvulus ?

- l'autre, thérapeutique, faut-il intervenir tout de suite, malgré la gravité de l'état général, en raison de l'aggravation depuis quelques heures de la symptomatologie qui peut faire craindre l'étranglement s'il s'agit d'une hernie hiatale ?

On décide alors de pratiquer une courte réanimation :

perfusions de sérum salé, glucosé, protides.

rééquilibration hydro-électrolytique,

aspiration gastrique qui ramène une grande quantité de liquide.

L'état s'améliorant rapidement sous réanimation et les signes fonctionnels cessant en quelques heures, on a pu surseoir à l'intervention pendant quelques jours, afin de consolider cet état général.

c) L'intervention

Incision transversale épigastrique gauche concave en haut et à droite, permettant en cas de besoin de s'agrandir vers le thorax, car l'incertitude persiste de savoir si on pourra tout réduire par voie abdominale.

Dès l'ouverture, on note qu'il ne s'agit pas d'une éventration, mais d'une très large hernie hiatale avec volvulus de l'estomac, dont la partie inférieure est attirée dans le thorax.

L'épiploon gastro-colique est long et le colon transverse est resté sous-diaphragmatique.

L'estomac est volvulé dans une cavité importante de la taille d'un melon, le cardia et le pylore étant en position inversée.

Cette hernie est assez facilement réduite par voie abdominale, ce qui permet de constater que la petite courbure de l'estomac ne semble pas porteuse de la lésion ulcéreuse suspectée par le radiologue sur certains clichés.

Après réduction de la hernie, fermeture de l'hiatus en arrière de l'oesophage, reconstitution de l'angle de HIS et fixation de la grosse tubérosité au diaphragme.

L'intervention est complétée par une gastropexie antérieure à la manière de J. QUENU.

Les suites opératoires sont excellentes.

Une aspiration est pratiquée pendant quarante huit heures.

La reprise du transit se fait le 3ème jour avec :

- disparition totale des vomissements,
- alimentation orale normale,
- cicatrisation en dix jours et sortie.

Un mois plus tard, la malade revue en consultation confirme la bonne qualité du résultat, la symptomatologie fonctionnelle a totalement disparu. La malade a repris quatre kilogs, s'alimente normalement, ne suit aucun régime.

Quatre mois après l'intervention, l'examen confirme la guérison complète et le contrôle radiologique montre l'existence d'un estomac parfaitement sous-diaphragmatique en J avec un pylore cependant assez près du cardia. Cet estomac s'évacue normalement, il existe de gros plis gastritiques sur l'antre, la petite courbure est le siège d'une image additionnelle au niveau de l'angle, peut-être s'agit-il de l'ulcère déjà signalé par le radiologue, et non vu à l'intervention, ou peut-être est-ce un artifice dû à la gastropexie?

2° Monsieur COLLIGNON.

C'est un malade âgé de 68 ans, qui est adressé fin décembre 1962 pour :

- syndrome douloureux épigastrique très intense, faisant évoquer une perforation d'ulcère.
- quelques vomissements profus.
- un état général encore satisfaisant, malgré un amaigrissement de deux kilogs.
- depuis quelques jours, le malade se plaint d'avoir eu quelques crises douloureuses, pas spécialement rythmées par les repas, qui lui avaient fait presque cesser toute alimentation. Ces douleurs étaient calmées par des vomissements évoquant donc un syndrome de sténose.

a) Dans les antécédents existe un long passé digestif fait de douleurs épigastriques, de brûlures, de crampes, mais des radios pratiquées en 1958, quatre ans plus tôt à la suite d'une période de douleurs plus intenses, n'avaient montré que de gros plis gastritiques, pas d'ulcère, un estomac en place, avec cardia et pylore normaux.

b) L'examen physique à l'entrée, n'est par contre pas alarmant.

L'épigastre est souple, légèrement ballonné.

Le bilan humoral est presque normal, hormis une légère anémie et surtout une urée élevée à 1,20 gramme.

Tout ceci permet de surseoir à une intervention immédiate et seulement quelques calmants sont administrés.

c) L'examen radiologique.

- la radio du thorax montre une opacité arrondie au-dessus de la coupole diaphragmatique gauche avec image hydro-sérique. Cette image augmente de volume lorsqu'on fait absorber de la baryte au malade.

- l'examen baryté montre que :

en décubitus et en répletion, la baryte s'accumule dans la portion gastrique sous-diaphragmatique, mais que la portion sus-diaphragmatique reste toujours opacifiée par du liquide résiduel.

Il existe donc une volumineuse hernie de l'estomac qui persiste aussi bien en station verticale qu'en décubitus.

Le diagnostic de hernie hiatale est donc posé, associé à un volvulus toléré de l'estomac.

d) Au total donc, ce malade entré en phase aiguë avec un diagnostic de perforation d'ulcère, se révèle être porteur :

- . d'une hernie hiatale large semble-t-il,
- . d'un volvulus de l'estomac indiscutable.

L'acuité des symptômes du début était peut-être due ;

- à l'incarcération ou même à l'étranglement de l'estomac volvé.
- mais aussi à la cause du volvulus, connaissant la fréquence de l'origine organique des volvulus gastriques.

Dans le but de rechercher une cause organique au volvulus on demande un radio-cinéma qui montre :

Une volumineuse image hydro-sérique correspondant à presque toute la totalité de l'estomac hernié au-dessus du diaphragme, ce qui ne correspond pas tout à fait à l'image vue lors du temps scopique de la radio précédente.

L'oesophage est fortement dévié vers la droite et la baryte passe à travers l'hiatus par un défilé étroit dont les plis sont très réguliers, seule la région antrale est sous-diaphragmatique.

On voit donc cette fois que la grosse tubérosité a réussi à passer au-dessus du diaphragme par cet hiatus très large, la poche herniée n'étant donc absolument pas constante dans ses caractéristiques, ce qui prouve la très grande mobilité de l'estomac.

Par contre, aucune image organique anormale n'est visible expliquant le volvulus, en particulier ce radio-cinéma ne révèle pas d'ulcère.

Une bonne réanimation pré-opératoire a facilement raison de l'azotémie extra rénale et le malade arrive ainsi à l'intervention dans de bonnes conditions.

e) L'intervention : le 5 janvier 1963.

Par voie abdominale chez ce malade maigre, à thorax large, on découvre un estomac volvulé et engagé dans un orifice hiatal très large.

Le ligament gastro-colique accompagnant l'estomac volvulé a entraîné le colon transverse qui se trouve sous le diaphragme, au bord antérieur de l'orifice hiatal élargi.

Par traction sur l'estomac et le ligament gastro-colique, on obtient une facile réduction de la hernie, permettant de voir que l'orifice oesophagien du diaphragme admet la main, mais qu'il est bordé par des piliers charnus.

On découvre alors, en examinant l'estomac, qu'il existe un très gros ulcère de 3 cm de diamètre que l'histologie confirmera comme étant en pleine période évolutive et pratiquement perforé.

Ce très gros ulcère est situé sur la petite courbure verticale, et le petit épiloon en regard est extrêmement infiltré, épais, oedématié, avec de très nombreux ganglions ; mais surtout la petite courbure verticale et le petit épiloon sont tous deux très rétractés autour de l'ulcère, amenant cardia et pylore assez près l'un de l'autre, de telle façon que le volvulus est manifestement amorcé à partir de cette lésion.

Vis à vis de la hernie hiatale, on pratique le traitement habituel :

- fermeture de l'orifice herniaire par suture des piliers diaphragmatiques en arrière de l'oesophage aux fils résorbables.

- réfection de l'angle de HIS

- et enfin fixation de la grosse tubérosité au centre phrénique.

Vis à vis de l'ulcère, on fait une gastrectomie subtotale avec rétablissement de continuité gastro-jéjunale type HOFMEISTER - FINSTERER en précolique.

Les suites sont extrêmement simples.

Le malade revu six mois plus tard, n'accuse aucune douleur. Il ne se préoccupe d'aucun régime et a repris trois kilogs.

3° - Monsieur GABAI Elie

A - 1ère Hospitalisation.

Il s'agit d'un malade âgé de 83 ans, qui est entré à Fernand WIDAL en urgence le 18 novembre 1964 pour :

- vomissements incoercibles noirâtres avec particules alimentaires.
- accompagnés de douleurs épigastriques intenses.

Il n'y a pas de fièvre.

L'état général n'est pas altéré.

a) L'interrogatoire nous renseigne sur ses antécédents :

- . des épisodes douloureux épigastriques se succèdent depuis un an sans chronologie particulière, ni rythme par rapport aux repas.
- . pendant ces épisodes, le malade présente des vomissements qui calment plus ou moins les douleurs.
- . ces vomissements peuvent survenir en dehors des périodes douloureuses mais alors uniquement après les repas, surtout si ceux-ci ont été abondants.
- . aucun autre antécédent notable n'est relevé, en dehors d'une prostatectomie pour adénome, dix ans auparavant.

b) L'examen :

L'abdomen respire bien,

La région épigastrique cependant est le siège d'une voussure localisée et tympanique, mais non douloureuse à la palpation.

Le reste de l'examen est normal, la T.A. est à 14-8, le pouls à 80, la température à 37°2.

Une radiographie de l'abdomen sans préparation et des coupes diaphragmatiques ne montre rien de particulier, si ce n'est l'absence de poche à air visible.

Le bilan électrolytique demandé en urgence est pratiquement normal, en dehors d'une urée à 0,60 gramme.

Le malade est mis aux anti-spasmodiques, les douleurs se calment rapidement, les vomissements cessent en quelques heures.

Le lendemain, le malade peut s'alimenter.

La radiographie après ingestion de baryte (27-11-64), montre que tout l'estomac est intra thoracique.

La grande courbure est au-dessus de la petite courbure, le pylore en avant du cardia.

On ne note pas de lésion pariétale.

L'état général se maintient très bon, Le malade ne souffre plus malgré l'arrêt des anti-spasmodiques, aussi demande-t-il à sortir, ce qui est accordé le 2-12-1964.

B - 2ème hospitalisation.

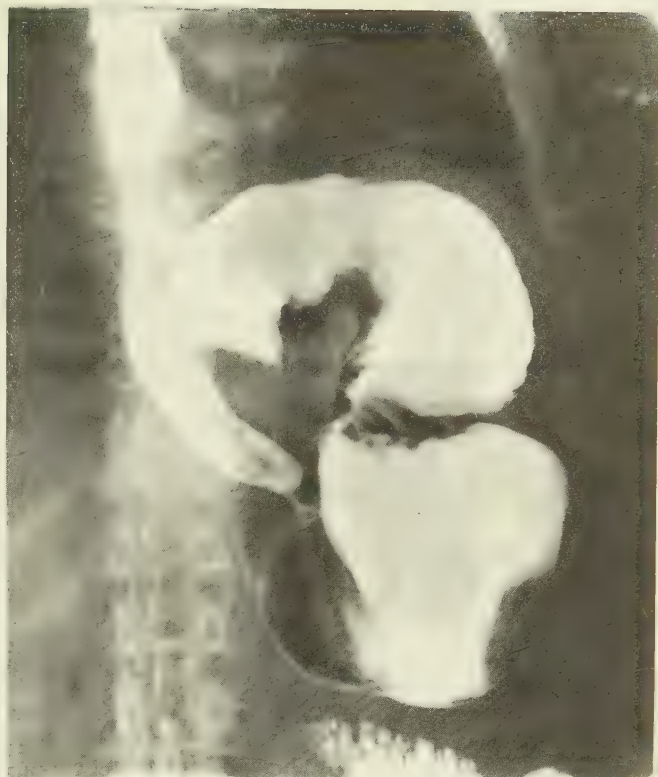
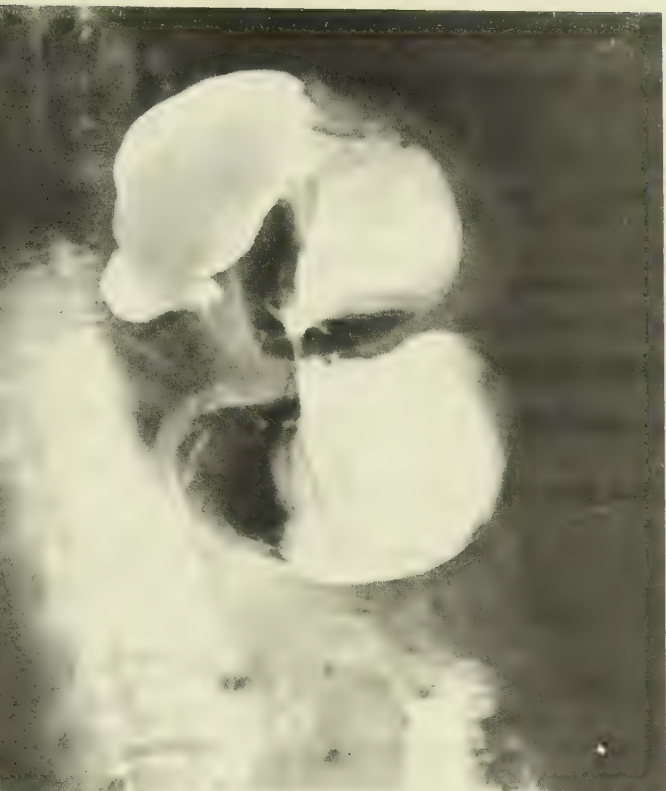
Le 16 février 1965, le malade revient en urgence dans le service pour :

- des vomissements profus et noirâtres survenus depuis quelques heures,
- des douleurs abdominales vives épigastriques,
- un syndrome dyspnéique net, avec point de côté à la base gauche qui est sonore à la percussion.

L'abdomen est souple.

Le malade est choqué avec une tension artérielle à 8 et un pouls à 110.

La radio du thorax et de l'abdomen demandée d'urgence montre l'existence d'un volvulus gastrique avec deux poches : l'une qui semble sous-diaphragmatique avec un énorme niveau liquide et l'autre sus-diaphragmatique aérique pur.



Devant cette image associée au syndrome douloureux brutal, à la dyspnée, aux vomissements sanglants, et à l'état de choc assez alarmant, on pense à l'étranglement aigu d'un volvulus gastrique dans la hernie hiatale et on décide de passer une sonde d'aspiration gastrique.

Cette sonde passe assez difficilement semblant d'abord buter sur un obstacle, puis, après l'avoir franchi, aspire une assez grande quantité de liquide noirâtre et d'air, ce qui soulage immédiatement le malade dont la douleur cesse et dont la tension artérielle remonte en une demi-heure.

Cette amélioration inattendue permet de surseoir à l'intervention urgente qui s'imposait, et de remonter l'état général du malade sérieusement déficient.

Les radios de l'abdomen (2-3-1965)

Les radios après ingestion de baryte, effectuées quelques jours après, alors que l'état général reste bon, et que l'alimentation orale a été reprise, montrent une modification par rapport aux images d'il y a trois mois :

- la grosse tubérosité est intra abdominale, tout le reste de l'estomac est sus-diaphragmatique et le pylore est en avant du cardia.

L'état général se maintient bon et l'alerte précédente ayant été chaude, on décide, devant les risques d'étranglement, d'opérer ce malade malgré son âge.

L'intervention.

Incision médiane sus-ombilicale.

On trouve un estomac presque totalement hernié à travers un orifice hiatal assez large.

Il existe des adhérences à libérer au pourtour de l'orifice, adhérences peu serrées, qu'on effondre au doigt et vraisemblablement séquelles des accidents aigus antérieurs.

L'estomac étant sain est réintégré dans la cavité abdominale.

L'orifice hiatal élargi est fermé en avant de l'oesophage aux fils non résorbables.

On pratique en outre, sur la face antérieure de l'estomac une gastropexie en bandes parallèles (QUENU)

Les suites opératoires sont simples au début. Pendant trois jours l'aspiration gastrique ramène une assez grande quantité de liquide, puis le transit reprend le troisième jour et tout semble rentrer dans l'ordre.

Mais le malade fait un malaise brutal, lors d'un lever le neuvième jour et meurt vraisemblablement victime d'une embolie pulmonaire.

4° - Madame CHAMOUX

Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans, qui est hospitalisée au mois de mars 1965 pour :

- des douleurs épigastriques très intenses, immédiatement post-prandiales, irradiant presque horizontalement dans le dos.

- Ces douleurs persistent pendant quelques instants jusqu'à ce que surviennent des vomissements profus qui les calment immédiatement.

- Cette douleur est d'autant plus intense que le volume du repas a été plus gros, si bien que, malgré une conservation de l'appétit, la malade a peu à peu limité son alimentation, ce qui, en trois semaines, a entraîné :

- . une baisse sensible de l'état général,
- . un amaigrissement notable (environ 7 kilogs)

a) Antécédents.

- Il y a près de 20 ans que cette femme "souffre de l'estomac", mais les douleurs étaient beaucoup moins intenses et survenaient par périodes de 20 à 30 jours, séparées d'accalmies de durée variable parfois supérieures à une année.

- Différentes thérapeutiques avaient été utilisées jusqu'à ce que des clichés radiologiques soient effectués il y a quatre ans, lors d'une recrudescence douloureuse.

Sur les clichés, on avait pu mettre en évidence une hernie hiatale para-oesophagienne avec un cardia parfaitement en place sous le diaphragme et une grosse tubérosité herniée dans le thorax en arrière du coeur.

L'interrogatoire plus poussé confirme alors : L'absence de douleurs posturales et l'absence totale de pyrosis.

- Une intervention proposée à cette période avait été refusée par Madame C..., en raison de son âge et malgré les risques qui lui avaient été exposés.

- c'est surtout l'importance plus grande de l'accès douloureux et sa durée plus longue que celle des accès précédents, qui la poussent cette fois à consulter, d'autant que sont apparus des signes jusqu'alors non observés : les vomissements profus et l'amaigrissement important.

b) L'examen clinique est totalement négatif. Seul, on peut noter un important degré d'obésité.

c) L'examen radiologique.

- sur le cliché pulmonaire de face, on note une volumineuse image hydro-aérique au-dessus de la coupole diaphragmatique gauche, en situation rétro-cardiaque sur le profil.

Cette image est beaucoup plus importante que celle notée quatre années auparavant.

- les radiographies, après ingestion de baryte fluide :

- . confirment la hernie hiatale,
- . notent son type para-oesophagien avec :

cardia intra abdominal, grosse tubérosité et corps de l'estomac situés dans le thorax, couchés sur la coupole diaphragmatique gauche, l'antrum passe dans l'anneau hiatal et le pylore est sous-diaphragmatique, légèrement plus bas que le cardia.

Le bilan biologique est normal.

d) L'intervention (le 2 avril 1965)

- médiane sus-ombilicale.

- on trouve un estomac totalement passé dans le thorax avec, seuls, cardia et pylore intra abdominaux.

- la dissection de quelques adhérences au bord de l'hiatus, permet d'abaisser très facilement tout l'estomac en sous-diaphragmatique. Ceci permet de constater que l'estomac est normal et en particulier non porteur de lésions organiques visibles ; que l'orifice hiatal est large et admet presque un travers de main; que la grosse tubérosité est extrêmement

flottante avec donc un accolement phréno gastrique très allongé.

- on ferme l'orifice hiatal aux fils non résorbables, en arrière de l'oesophage, en suturant deux gros piliers charnus de bonne qualité.

- on pratique une fermeture de l'angle de HIS et un accolement de la grosse tubérosité au centre phrénique.

- l'estomac étant bien en position sous-diaphragmatique, on se contente seulement de drainer la région hiatale.

Les suites opératoires sont bonnes et la malade, revue six mois après, n'accuse plus aucun symptôme fonctionnel. La radio pratiquée à cette période montre un estomac en position strictement normale.

III - EXAMEN CLINIQUE -

A la lumière des précédentes observations, on note que la symptomatologie est assez pauvre. Le diagnostic de volvulus gastrique associé à une hernie hiatale ne peut être posé sur la seule clinique, la base du diagnostic reposant essentiellement sur l'examen radiologique.

Disons d'emblée que la majorité des auteurs sont d'accord pour noter que cette association survient essentiellement chez le sujet âgé de plus de cinquante ans, et le plus souvent chez la femme.

1) LES SIGNES FONCTIONNELS.

Il faut insister sur la remarquable tolérance de cette association lésionnelle qui peut passer inaperçue pendant des années, ce qui n'est pas étonnant quand on sait qu'il existe des volvulus chroniques de l'estomac et des orifices herniaires très larges. (Hillemand insiste d'ailleurs sur ce fait, puisque la moitié de ses cas publiés, ne présentaient ni douleur, ni troubles digestifs).

Les signes fonctionnels, quand ils existent, persistent généralement avec la même intensité depuis des années ; ils sont très peu caractéristiques et peuvent d'ailleurs être aussi bien mis sur le compte de la hernie para-oesophagienne que sur celui du volvulus.

a) ce sont les symptômes digestifs qui sont les plus fréquemment notés et les plus intenses.

LA DOULEUR siège habituellement à l'épigastre et parfois dans la région sous-costale gauche.

- . elle est assez fréquemment post-prandiale,

- . si elle survient dans certaines positions, en particulier lorsque le malade se penche en avant ou se couche sur le côté gauche, elle évoque alors la hernie hiatale,

- . son intensité est extrêmement variable, allant du fond douloureux vague à la douleur aiguë en coup de poignard, simulant une perforation gastrique,

- . elle peut rester sur place ou irradier en arrière, voire vers l'épaule gauche et le bras gauche, évoquant l'angine de poitrine.

LES VOMISSEMENTS sont de tous types et 'accompagnent très fréquemment la douleur.

- . vomissements alimentaires ou de stase, parfois noirâtres,

- . ils peuvent être remplacés par un simple état nauséux,

- . au maximum, existe une intolérance gastrique absolue.

- . parfois dans les formes très graves de volvulus aigu, l'oblitération du cardia explique l'arrêt des vomissements.

b) une symptomatologie pulmonaire et diaphragmatique se surajoute fréquemment à ces signes digestifs avec :

- . douleur à la base de l'hémithorax,

- . une dyspnée,

- . une toux spasmodique,

- . divers éléments thoraciques en rapport avec la présence de la hernie au-dessus de la coupole diaphragmatique gauche.

c) parfois existent des douleurs de type angineux

(nous n'en n'avons pas remarqué dans nos quatre observations)

= Il peut s'agir de douleurs rétrosternales constrictives, ascendantes, irradiant vers le maxillaire, l'épaule et le bras gauche. Leur caractère post-prandial et l'absence de signes électriques à l'E.C.G., systématiquement demandé, permettent de les rapporter à la hernie hiatale. Ces douleurs, rapportées par certains auteurs, se voient surtout dans les formes obstructives aiguës avec grosse dilatation de la poche herniaire.

= D'autres signes cardiaques tels que : tachycardie, palpitations, et même fibrillations auriculaires ont été signalés. Il est remarquable de constater que tous ces signes cardiaques disparaissent après réduction de la hernie hiatale.

2) LES SIGNES GENERAUX.

sont notés essentiellement dans les formes importantes ou d'évolution aiguë. Ils sont au maximum dans les cas de strangulation.

- . une fièvre qui peut monter jusqu'à 38, 39.
- . un état de déshydratation en rapport avec l'intolérance gastrique et l'intensité des vomissements. Il peut être suffisamment intense pour imposer même, dans les formes très aiguës, une réanimation pré-opératoire, comme ce fut le cas dans l'une de nos observations.

Cet état de déshydratation s'accompagne de :

- . troubles électrolytiques plus ou moins importants, avec généralement une urée élevée.
- . un amaigrissement net a été noté dans toutes nos observations, car la symptomatologie fonctionnelle avait entraîné une restriction importante de l'alimentation.
- . Il existe en outre, assez fréquemment, un certain degré d'anémie.

Ces signes généraux se corrigent parfaitement grâce à une réanimation pré-opératoire correcte. Cependant, celle-ci ne peut être menée à bien, que dans les cas où il n'existe pas de signe d'obstruction aiguë ou d'étranglement qui imposeraient une intervention d'urgence.

3) L'EXAMEN PHYSIQUE

- de l'abdomen

. est le plus souvent négatif, l'abdomen est plat et respire bien,

. cependant dans une de nos observations, nous avons trouvé un ballonnement localisé à l'épigastre. Ceci correspond au cas où il y avait une obstruction aiguë et Beardsley, dans la majorité de ses cas de volvulus avec obstruction a retrouvé ce même ballonnement qui était aussi, le plus souvent, localisé à l'épigastre, mais a pu se généraliser à tout l'abdomen.

- l'examen du thorax et en particulier de la base gauche

. est aussi très souvent normal,

. mais en cas d'obstruction aiguë, il a été signalé fréquemment une hyper-sonorité de la base gauche, avec abolition du murmure vésiculaire, ce que nous avons d'ailleurs retrouvé nous-mêmes dans notre observation.

oOo

IV - EXAMEN RADIOLOGIQUE -

Il est à la base du diagnostic. Il permet de connaître le type et l'importance des lésions.

Il permet seul, de révéler les formes absolument latentes.

A - SUR LE PLAN TECHNIQUE.

Il est indispensable d'utiliser les incidences variées pour bien mettre en évidence les déformations de l'estomac d'une part, et la hauteur de la coupole diaphragmatique d'autre part.

Des radiographies de face, de profil, et surtout des obliques, sont habituellement nécessaires, mais le choix de l'orientation est le résultat du temps scopique de l'examen dont on ne saurait trop affirmer l'importance fondamentale. C'est pendant ce temps que l'on peut suivre l'opacification progressive des différents segments du tube digestif ; oesophage, cardia, grosse tubérosité, antre, pylore, et premier duodénum. Ainsi, peut-on comprendre au mieux, la disposition exacte de l'estomac, fixer avec précision la position du cardia et du pylore, et voir l'existence d'un rétrécissement médio-gastrique en rapport avec le passage de l'organe dans l'anneau hiatal.

Enfin, plus récemment, la radioscopie télévisée est devenue la méthode de choix. La netteté des images permet, dès l'absorption de la première gorgée de baryte, de déterminer avec certitude deux points fondamentaux : la position du cardia par rapport au diaphragme et la position exacte de la coupole diaphragmatique.

B) LES RESULTATS DE LA RADIO

sont habituellement démonstratifs lorsqu'on se plie aux impératifs techniques précédemment cités.

1) La radiographie thoracique.

montre habituellement une image de fausse surélévation de la coupole diaphragmatique due à l'estomac distendu et plus ou moins hernié, avec parfois un ou deux grands niveaux liquides.

Dans certains cas, en raison de l'incertitude de la position exacte de la coupole diaphragmatique, les hernies importantes refoulant le poumon et s'accompagnant de signes pulmonaires nets, ont pu être interprétées comme une image de grave anomalie du parenchyme pulmonaire de la base.

Dans nos observations, nous avons vu que cette image hydro-aérique ou aérique pure, était située à la base de l'hémi-thorax gauche. D'autres auteurs cependant, ont décrit des images de l'estomac volvulé se projetant dans la base de l'hémi-thorax droit, au-dessus de la coupole diaphragmatique droite.

Il est très important d'insister sur la nécessité du cliché thoracique de profil, car, si de face l'image hydro-aérique ou aérique double plus ou moins à droite ou à gauche, l'ombre cardiaque, de profil, cette image est toujours rétro-cardiaque et d'autre part, postérieure par rapport à la poche abdominale, ce qui oriente immédiatement sur le caractère hiatal de la hernie.

2) L'examen radiographique après absorption de baryte.

= permet ensuite le diagnostic indiscutable de volvulus gastrique.

= Il permet de connaître le type du volvulus et quand existe une obstruction, d'affirmer que le volvulus est la cause indiscutable de cette obstruction.

. le volvulus organo-axial se présente de la façon suivante :

la torsion de l'estomac se fait suivant l'axe cardia-pylore. Cette

rotation s'est faite généralement progressivement, la grande courbure migrant d'abord en avant, puis en haut et vers la droite, puis enfin parfois en arrière. Le degré de rotation est variable mais atteint et dépasse souvent 180°. C'est la grande courbure qui forme le bord supérieur de l'image radiologique de l'estomac.

C'est le type de volvulus le plus courant.

. le volvulus mésentérico-axial se présente différemment :

La torsion se fait autour d'un axe perpendiculaire à celui de l'estomac. Le pylore et l'antré ont ascensionné en avant de l'oesophage.

= Au total, un certain nombre de signes radiologiques relie ces deux formes :

- la grande courbure migre toujours par en avant vers le thorax, formant ainsi le bord supérieur de l'image radiologique de l'estomac.

- l'absorption de bouillie barytée en radioscopie télévisée permet de constater :

. que le transit oesophagien est normal,

. que la position du cardia et de la grosse tubérosité est le plus souvent en place intra abdominale.

. qu'il existe une volumineuse hernie para-oesophagienne comprenant corps et antré de l'estomac mais aussi, souvent, le pylore en position pré-oesophagienne.

. que le corps de l'estomac est ainsi volvulé, la grande courbure de l'estomac étant en haut et sa face postérieure en avant.

Les deux types de volvulus peuvent se combiner et dans ce cas, il est fréquent de trouver tout l'estomac intra thoracique, entraînant une obstruction de la jonction oesophago-gastrique. (ici bien entendu, le cardia et la grosse tubérosité sont passés dans le thorax).

C - AU TOTAL, nous venons de voir que seul un examen radiologique, bien fait, permet d'acquérir la certitude en matière de volvulus gastrique dans une hernie hiatale.

Certes, on pourrait discuter un certain nombre d'images de siège para-diaphragmatique, en particulier :

- un gros abcès de la base communiquant avec les bronches.

Il peut se traduire par une image arrondie avec niveau liquide, mais, un abcès de cette sorte a une traduction clinique pulmonaire assez nette et s'accompagne d'un retentissement général bruyant.

- un abcès sous-phrénique de grande taille.

Il existe cependant, dans la grande majorité des cas, une histoire septique récente :

- . de perforation gastrique ou appendiculaire,
- . d'abcès du foie ou du rein,
- . d'abcès colique ou pelvien,
- . voire de cholécystique.

Un tel abcès s'accompagne habituellement d'une réaction pleurale et d'un comblement du cul de sac costo-diaphragmatique, alors que dans la hernie hiatale étranglée, l'angle costo-diaphragmatique reste aigu.

- un hydropneumopéricarde pourrait se discuter sur le cliché de face, mais le contour supérieur d'une hernie est régulièrement convexe, tandis que les épanchements péricardiques donnent une image conique, s'amincissant en haut, vers les gros vaisseaux de la base du coeur.

Le tableau clinique, en outre, est extrêmement différent.

- une grosse bulle gazeuse de la base pourrait aussi se discuter l'absence d'un niveau liquide, de même qu'un kyste bronchogénique ou un kyste hydatique.

- mais le diagnostic le plus délicat est de très loin celui de l'évén-tration diaphragmatique, et en particulier celle qui siège au niveau de l'hémi-diaphragme gauche.

La séparation entre hernie diaphragmatique et éventration est très loin d'être toujours possible avec les moyens radiologiques habituels.

Dans l'évén-tration, le diaphragme est fin, mince, très surélevé, souvent jusqu'au 4ème espace intercostal.

Cette surélévation est régulière, c'est tout l'hémi-diaphragme qui semble élevé, aussi bien de face que de profil, alors que dans la hernie il existe, au niveau même de cette hernie, une irrégularité, une bosse, une convexité plus importante.

Ainsi, le problème réside donc dans la situation exacte de la coupole, qu'il est d'autant plus difficile de situer que la paroi d'un estomac hernié peut en imposer pour un hémi-diaphragme en ascension et aminci.

Sur les clichés de face, il faut soigneusement rechercher une ligne sombre et courbe, séparant deux poches.

D'autres auteurs, pour situer la coupole ont proposé de s'aider d'un pneumopéritoine.

En fait, habituellement, une étude soigneuse du transit oeso-gastrique et si possible un radio-cinéma, permettent de situer exactement la ligne des coupoles et le cardia.

La constatation d'un collet au niveau duquel l'estomac volvulé paraît plus ou moins reserré est un argument de valeur en faveur de la hernie (Hillemand).

V - EVOLUTION ET COMPLICATIONS -

On a l'habitude de considérer que la hernie hiatale ne se complique pas avec brutalité, ce qui donne un climat de fausse sécurité.

1) En effet, si cliniquement, le volvulus gastrique, dans une hernie hiatale, est très souvent parfaitement toléré (c'est le cas de trois sur quatre de nos observations et de la plupart des statistiques publiées), une hernie hiatale peut fort bien, comme tout autre hernie, entraîner des phénomènes d'étranglement aigu.

Mais la probabilité de survenue d'une obstruction ou d'un étranglement est très différente selon qu'il s'agit de hernie hiatale par glissement ou bien de hernie hiatale para-oesophagienne.

Les hernies par glissement, avec leur mouvement facile de bas en haut à travers l'hiatus, ne s'"incarcèrent" que très rarement et même, si cela survient, la hernie par glissement n'est jamais tellement fixée au bord de l'hiatus qu'elle ne puisse être réduite facilement pendant l'intervention.

Les hernies para-oesophagiennes au contraire, ressemblent de très près aux hernies inguinales ou crurales et, comme elles, possèdent un sac péritonéal qui contient des viscères et en particulier l'estomac. Celui-ci passe au travers de l'anneau hiatal, qui peut étrangler le contenu herniaire.

La survenue d'une complication sur ce volvulus jusqu'ici bien toléré,

se traduit souvent par l'apparition de crises douloureuses épigastriques brutales avec vomissements et grande altération de l'état général, liés à "l'incarcération" temporaire de l'estomac volvulé dans le sac herniaire.

Ces crises cèdent le plus souvent rapidement, mais il est des cas où l'incarcération aboutit à l'étranglement vrai.

2) Avant d'étudier cliniquement et radiologiquement la survenue de telles complications, comme nous l'avons observé dans une de nos observations, il convient de définir avec exactitude trois termes couramment utilisés l'un pour l'autre, dans beaucoup de publications et qui sont : incarceration, obstruction et strangulation.

Avec Beardsley, nous adopterons les définitions suivantes :

Incarcération

signifie l'irréductibilité de la hernie hiatale aussi bien par les moyens cliniques que par les moyens radiologiques et pharmacologiques. C'est un état qui peut être parfaitement toléré sur le plan clinique ; il peut aussi être temporaire ou au contraire définitif.

Obstruction

signifie la présence d'un obstacle dans le transit digestif, ayant une traduction clinique telle que le vomissement ou l'intolérance gastrique. Il peut exister tous les stades entre la forme aiguë et la forme chronique.

Strangulation

ne sera utilisée que s'il existe des troubles de l'irrigation gastrique tels qu'une résection peut devenir nécessaire. Ce phénomène s'observe le plus souvent quand la torsion a dépassé 180°. Cette strangulation peut donc, par privation vasculaire, entraîner une gangrène de l'estomac.

Ces différentes définitions permettent à Beardsley de mettre au point la classification suivante :

1) hernie hiatale irréductible, sans obstruction.

2) hernie hiatale irréductible, avec obstruction aiguë ou chronique.

3) hernie hiatale étranglée proprement dite.

Il ne nous semble pas qu'il faille être aussi systématique dans la classification des hernies hiatales associées au volvulus, car :

1° dès qu'il existe une obstruction aiguë, un facteur vasculaire se surajoute rapidement.

2° cliniquement, il est impossible de faire le départ entre une strangulation vraie et un état obstructif aigu qui, de toutes façons imposent tous deux la même sanction : l'intervention chirurgicale.

Il semble donc plus logique de suivre la majorité des auteurs et de regrouper dans les hernies étranglées les cas de hernie hiatale irréductible aiguë qui imposent l'urgence dans l'intervention.

3) LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA HERNIE HIATALE ETRANGLEE.

est celle que nous avons retrouvée dans l'une de nos observations.

Le début est toujours brutal et inquiétant.

Les douleurs sont vives.

Le siège est habituellement épigastrique, mais elles peuvent se généraliser à tout l'abdomen.

Des douleurs de siège ectopique ont été signalées, généralement thoraciques, surtout rétro-sternal.

A ces douleurs s'associent des vomissements abondants. Ceux-ci sont parfois remplacés par un état nauséux extrêmement pénible, en particulier lorsque l'étranglement est très haut situé au niveau du cardia.

L'intolérance gastrique est absolue, orientant au maximum vers le diagnostic d'occlusion très haut située.

A ces signes gastriques se surajoutent habituellement des signes thoraciques plus ou moins intenses :

- dyspnée avec orthopnée
- cyanose
- tympanisme d'une des bases thoraciques qui peut parfois surplomber une zone de matité.

Tous ces signes sont souvent majorés par un état d'anxiété considérable, pouvant aller jusqu'à un véritable état de choc.

L'abdomen est habituellement plat, mais la région épigastrique peut être le siège d'un ballonnement plus ou moins important, avec parfois une défense.

Devant un tableau aussi aigu et aussi localisé à la zone diaphragmatique, des clichés demandés en urgence vont permettre le diagnostic :

a) sur les radios sans préparation on note :

. le plus souvent la présence de deux niveaux liquides, caractérisant deux images hydro-aériques, l'une sus-diaphragmatique et l'autre située au-dessous du diaphragme.

. mais en fait, cette image est variable et parfois, la poche supérieure peu n'être qu'aérique, plus ou moins volumineuse, mais toujours rétro-cardiaque sur le cliché de profil.

Le plus difficile dans tous les cas, est de placer avec certitude l'image diaphragmatique et nous avons vu que, pour cela, la radioscopie, les clichés sous différentes incidences, voire le radio-cinéma, sont irremplaçables.

b) les radios barytées pratiquées ensuite, montrent une opacification de l'oesophage qui est refoulé et comprimé par la poche gastrique sus-diaphragmatique, puis, le plus souvent, le seul remplissage de la poche inférieure.

Cependant, en cas d'obstruction aiguë, serrée au niveau du cardia, seul l'oesophage sus-diaphragmatique sera imprégné.

En conclusion, nous voyons que le diagnostic radiologique est souvent facile. L'important est de penser à demander cette radio et son centrage sur le diaphragme. Aussi, la prise systématique devant tout syndrome aigu abdominal ou thoracique d'un cliché de l'abdomen comprenant les coupes diaphragmatiques en position debout et de clichés thoraciques de face et de profil, pourraient éviter bien des errements.

Cependant, il est des cas où les images radiologiques peuvent être moins évidentes.

. l'existence d'un seul niveau sous-diaphragmatique peut faire poser le diagnostic d'occlusion haute.

. quand les signes thoraciques prédominent, on peut porter le diagnostic de pneumo-thorax, voire de pleurésie.

. en cas de volvulus total, la poche sous-diaphragmatique manque et l'on peut avoir deux niveaux liquides sus-diaphragmatiques.

Mais de toutes façons, en cas de doute, l'existence d'une image thoracique sus-diaphragmatique à concavité inférieure et rétro-cardiaque sur le cliché de profil, impose un transit oesophagien (Pearson) qui, lui, montrera au minimum l'occlusion digestive haute.

En résumé, la symptomatologie clinique et radiologique est analogue à celle des hernies diaphragmatiques étranglées d'origine traumatique.

Ces dernières, beaucoup plus fréquentes, ont été bien étudiées par Carter et Giuseffi qui ont même codifié une triade de l'étranglement des hernies diaphragmatiques comprenant :

- occlusion digestive haute,
- refoulement de l'ombre cardiaque,
- notion de traumatisme.

Nous voyons que les deux premiers éléments font partie de notre tableau.

Borries substitua dans la triade précédente, à la notion de traumatisme, la dyspnée et l'hyper-sonorité d'une base pulmonaire, rendant ainsi la triade applicable aussi bien aux hernies diaphragmatiques étranglées traumatiques, qu'à celles se faisant à travers un orifice congénital.

L'étranglement, complication aiguë, impose un geste urgent : vider l'estomac.

Une sonde gastrique introduite dans l'oesophage, arrive parfois à franchir l'obstacle du cardia et pénétrant dans la poche sous-diaphragmatique, vide cette poche. La distension de l'estomac sous-diaphragmatique cessant alors, on assiste, dans la majorité des cas, à l'affaissement de la poche supérieure.

Quand la sonde oesophagienne ne peut arriver à pénétrer dans l'estomac, l'intervention chirurgicale d'urgence s'impose.

En l'absence d'intervention, l'évolution serait très grave, l'étranglement progressif entrainerait, comme dans toute hernie, un trouble de la vascularisation qui, s'accentuant, aboutirait à la gangrène et à la perforation gastrique, dont quelques cas extrêmement rares ont été relevés (Beardsley, Hoffmann et Shéridan).

En fait, cette complication grave qu'est l'étranglement d'une hernie hiatale est très rare, puisque Carter de Giuseffi, en 1948, dans une revue complète de la littérature sur les hernies diaphragmatiques étranglées depuis Ambroise Paré, n'en avaient relevé que 43 cas, dont 7 seulement à travers un orifice diaphragmatique congénital.

Pearson, en 1953, complétant cette étude, porta le nombre de cas à 76, dont 17 seulement n'étaient pas d'origine traumatique.

Harrington, sur 430 cas de hernie hiatale ne rencontre pas de cas de gangrène gastrique.

Hillemand, sur plus de 500 cas, ne rencontre qu'un cas d'étranglement.

Patel, Hillemand et Cormier, fouillant toute la littérature, ne sont pas arrivés à 20 cas de hernie hiatale étranglée.

VI - LES DONNEES ANATOMIQUES ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE -

L'hiatus oesophagien est très souvent assez large, ce qui explique la fréquence des volvulus bien tolérés.

La hernie est dans l'immense majorité des cas para-oesophagienne mais parfois mixte.

Le volvulus peut être mésentérico-axial ou organo-axial.

Nous allons reprendre ces différentes parties.

1° L'HIATUS OESOPHAGIEN

Il est habituellement situé dans l'épaisseur du pilier diaphragmatique droit, le pilier gauche ne participant donc presque jamais à la constitution de l'une de ses berges.

L'oesophage occupe l'angle antérieur de l'hiatus.

L'angle postérieur est mal ou incomplètement comblé et l'on peut, de façon constante, passer un doigt dans l'hiatus à côté de l'oesophage.

Dans les hernies, l'hiatus est toujours élargi, allant parfois jusqu'à la face postérieure du péricarde, la qualité de ses berges est extrêmement variable.

Dans nos observations, les orifices oesophagiens admettaient tous au moins trois doigts.

La hernie se fait le plus souvent en avant de l'oesophage ; mais on

a signalé des hernies se faisant en arrière (Huguier), à sa droite (sheridan), ou à sa gauche (Pearson).

2° LA HERNIE

a) dans l'immanse majorité des cas, le volvulus se produit dans une hernie para-oesophagienne.

Nous savons qu'elle ne représente que 10 à 15 % de l'ensemble des hernies hiatales.

Dans cette variété, le cardia et l'oesophage abdominal restent fixés en position normale dans l'abdomen.

La hernie se développe à côté de l'oesophage le plus souvent en avant de lui.

Le fait capital et caractéristique de la hernie est la présence d'un sac péritonéal vrai dans lequel peuvent s'engager les viscères abdominaux, en particulier l'estomac. La plèvre et le poumon se trouvent ainsi refoulés et la poche herniaire se projette au-dessus de la coupole diaphragmatique.

b) il peut cependant s'agir d'une hernie mixte

Dans ces cas, en plus du phénomène précédent, s'associe un glissement laissant monter dans le médiastin postérieur le cardia et la partie supérieure de l'estomac.

3° LES MOYENS DE CONNEXION GASTRO-OESOPHAGIEN (Fig. 4)

Ils sont importants à connaître car s'ils sont conservés dans la hernie para-oesophagienne, ils sont modifiés dans la hernie par glissement et dans la hernie mixte. Ce sont :

a) La membrane phréno-oesophagienne de Laimer-Bertelli.

C'est une gaine fibreuse, émanée du fascia transversalis. Elle s'insère en haut au pourtour de l'oesophage médiastinal, traverse l'anneau hiatal, et vient se perdre sur la face inférieure du fascia sous-diaphragmatique.

Cette membrane qui double le péritoine, constitue avec ce dernier la fameuse "jupe d'Allison" utilisée par certains pour maintenir la réduction des hernies par glissement, mais dont la valeur chirurgicale est discutée par d'autres.

b) le ligament phréno-gastrique

est au contraire d'une solidité indiscutable. Il amarre la face postérieure de la grosse tubérosité gastrique au péritoine pariétal supérieur. C'est sa longueur qui conditionne la mobilité de la grosse tubérosité.

c) l'artère coronaire stomachique "véritable ancre de l'estomac" pour Moynihan, amarre de court le cardia au plan aortique. C'est pour Lortat Jacob l'élément majeur de la fixité du cardia.

4° LE VOLVULUS GASTRIQUE.

L'estomac est un organe extrêmement mobile, relié à d'autres organes intra abdominaux par des  piloons plus ou moins longs.

Il n'est réellement fixé qu'à ses deux extrémités :
la région cardio tubérositaire par le solide ligament phréno-gastrique que nous avons vu,
et la région pylorique en continuité avec le duodénum rétro-péritonéal.

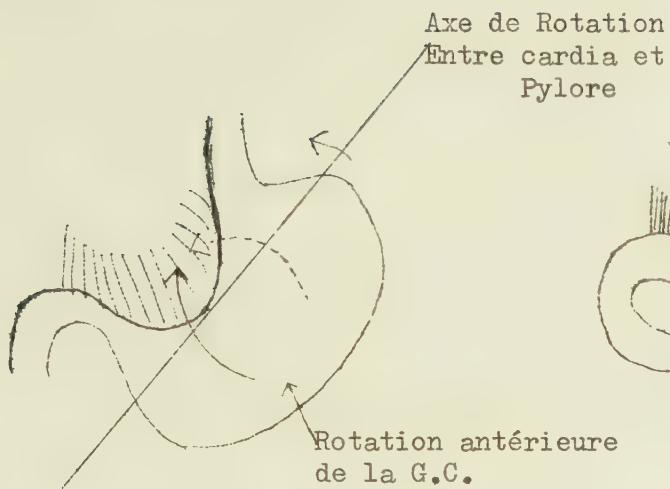
Ces points de fixité, en particulier le ligament phréno-gastrique, expliquent la rareté du volvulus total de l'estomac, la région fixe cardio-tubérositaire échappant le plus souvent au phénomène.

On distingue deux grands types de volvulus :

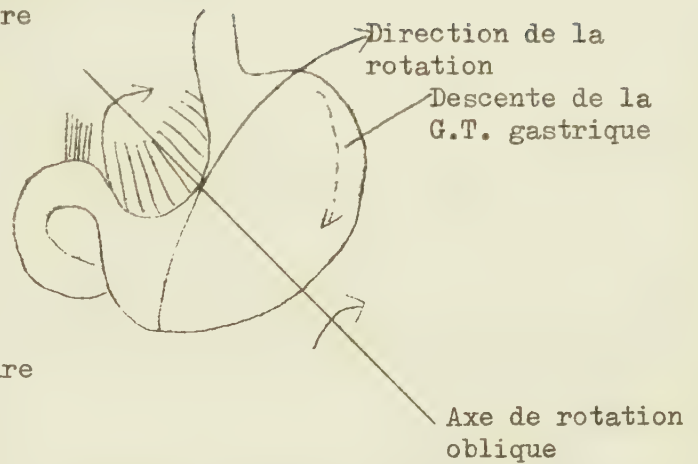
a) le volvulus organo-axial (Payer) (Fig.1) est le plus fréquent.

C'est la torsion de l'estomac sur son axe longitudinal passant en haut par le cardia et en bas par le pylore et occasionnant quand il est complet l'occlusion des deux orifices. La face postérieure de l'estomac devient antérieure et réciproquement.

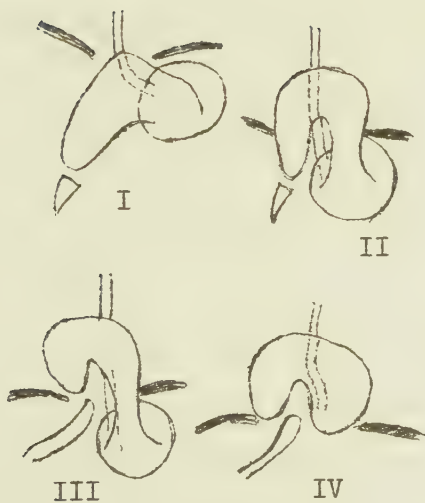
Le degré de rotation est variable, le plus souvent inférieur à 180 .



VOLVULUS ORGANO-AXIAL - Fig. 1



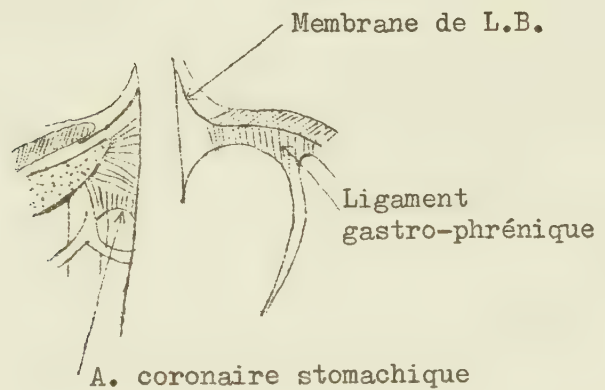
VOLVULUS MESENTERICO-AXIAL - Fig. 2



DIFFERENTES ETAPES DU VOLVULUS
GASTRIQUE DANS LA HERNIE HIATALE
PARA-OESOPHAGIENNE.

(D'après Hillemand)

Fig. 3



MOYENS D'AMARRAGE DU CARDIA

Fig. 4

Cette rotation se fait le plus souvent d'arrière en avant, réalisant un volvulus iso-péristaltique, exceptionnellement dans le sens inverse.

b) le volvulus mésentérico-axial (Kocher)(Fig.2) se fait suivant l'axe transversal de l'estomac.

Deux conditions sont nécessaires à sa survenue :

- l'allongement du ligament phréno-gastrique permettant une mobilité vers le bas de la grosse tubérosité.
- et la rétraction de la petite courbure amenant le pylore au voisinage du cardia.

La petite courbure affecte alors la forme d'un U et le cardia peut se trouver ainsi situé en arrière, au-dessous et souvent à droite du pylore, qui vient ainsi pré-croiser l'oesophage.

Dans cette forme de volvulus, l'estomac entraîne avec lui le colon transverse, d'autant plus facilement que le ligament gastro-colique est plus court, et en fonction de la hauteur du colon transverse on a pu distinguer des volvulus infra et supra coliques.

c) à l'intérieur du cadre précédent, il est capital de distinguer, comme y a insisté Hillemand, les volvulus totaux et les volvulus partiels.

Les volvulus totaux sont ceux qui réalisent une torsion supérieure à 180°.

Les volvulus partiels au contraire, (ceux que Hillemand a appelés pseudo-volvulus ou état volvulaire) n'intéressent le plus souvent que la partie basse de l'estomac, la plus mobile, la partie haute restant fixe et solidement amarrée par le ligament gastro-phrénique.

Dans cette forme de volvulus, les orifices pyloriques et cardiaques restent longtemps perméables, le premier sténosé étant pratiquement toujours le pylore.

5° L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES VOLVULUS GASTRIQUES DANS LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES.

peut être étudiée à la lumière de ce que nous venons de voir, c'est-à-dire qu'il existe deux types de volvulus gastriques et que ceux-ci peuvent survenir essentiellement dans les hernies par roulement, mais aussi, dans certaines hernies mixtes, ces dernières étant favorisées par le relâchement des moyens de connexion phréno-gastriques.

En dépit de la grande fréquence des hernies diaphragmatiques, le nombre de cas de hernies hiatales associées à un volvulus gastrique, est rare, puisque :

- Peyer en 1909, en trouva douze cas sur une revue de 500 hernies hiatales.

- Dalgaard, prenant le problème à l'envers, examina 150 cas de volvulus de l'estomac. Sur cette revue, il ne trouva que 24 volvulus dans une hernie diaphragmatique.

- Hillemand, en 1955, sur plusieurs centaines de hernies hiatales, n'observe que huit cas de volvulus gastriques vrais.

Le mécanisme de production du volvulus gastrique dans une hernie hiatale est assez complexe et a été schématisé par Hillemand.

On pourrait penser d'abord qu'il est nécessaire, pour que le volvulus se produise, que la région cardio-tubérositaire soit fixe et reste en place dans l'abdomen, ce qui éliminerait la possibilité de torsion de la partie sus-diaphragmatique dans les hernies par glissement. En fait, ayant constaté par la suite que certaines hernies mixtes pouvaient se volvuler, Hillemand a révisé son opinion, ne considérant comme nécessaire à la production du volvulus que l'existence d'un point fixe au pôle supérieur de l'estomac.

Ce point fixe serait représenté par l'adhérence de la grosse tubérosité au mésogastre postérieur.

L'aspiration thoracique ferait remonter l'estomac qui pivoterait autour de ce point fixe, créant ainsi le volvulus. Lorsque cet accollement existe, le volvulus doit pouvoir se produire même si le cardia est intra thoracique.

Nous voyons donc (Fig.3) sur la série de schémas illustrant la théorie de Hillemand, que dans les hernies para-oesophagiennes pures, c'est la partie de l'estomac qui est contre la brèche hiatale qui passe la première dans le thorax. Il s'agit le plus souvent du fundus ; celui-ci migre d'abord, attirant ensuite le reste de l'estomac. La grosse tubérosité reste en place jusqu'au stade ultime.. Le volvulus est donc ici primitif par rapport à la hernie de l'estomac par l'orifice hiatal.

On peut opposer ces hernies para-oesophagiennes aux torsions et volvulus qui peuvent survenir à la portion ectopique des hernies par glissement où le volvulus est ici secondaire à la hernie.

Au total l'anatomie pathologique des volvulus gastriques dans les hernies diaphragmatiques est assez complexe et, largement débattu, mais, un fait est à souligner en raison de son incidence chirurgicale : en l'absence d'étranglement, la masse herniée contenue dans son sac péritonéal est le plus souvent assez facilement réductible, l'adhérence y étant exceptionnelle.

6° L'ETRANGLEMENT

peut se faire suivant différentes modalités :

- exceptionnellement, il s'agit d'un estomac totalement volvulé dans le thorax.

- en fait, ces étranglements sont l'apanage des volvulus avec cardia intra abdominal.

. dans la majorité des cas retrouvés dans la littérature, en particulier américaine (Shocket) et dans notre observation, il s'agissait de hernie avec cardia et grosse tubérosité intra abdominale. Seul le corps

de l'estomac et le bulbe sont engagés dans le thorax. Il y a plicature de l'estomac au-dessous du ligament gastro-phrénique et volvulus avec grande courbure retournée vers le haut et face antérieure de l'estomac devenue postérieure.

La poche sus-diaphragmatique est constituée par le corps de l'estomac et l'antré, elle est rétro-cardiaque, refoulant le coeur en avant, pouvant ainsi expliquer les troubles cardiaques occasionnellement rencontrés.

Enfin, il faut noter que trois zones digestives passent à travers l'orifice hiatal : le segment inférieur de l'oesophage, la portion médio-gastrique de l'estomac, la portion bulbaire. C'est à l'un ou a plusieurs de ces trois niveaux que siège la cause de l'obstruction aiguë.

. Plus rarement, seul le cardia reste intra abdominal, la grosse tubérosité se trouvant à l'intérieur du thorax avec le reste de l'estomac (Seneque et Chatelin). La plicature a lieu alors juste au-dessous du cardia.

- comme dans toute hernie étranglée, il y a urgence chirurgicale en raison des troubles de la vascularisation au niveau de la portion d'estomac étranglée où il existe une stase vasculaire et un oedème progressivement croissant.

Ces lésions peuvent évoluer plus ou moins vite vers la nécrose et la perforation, comme dans toute hernie étranglée.

VII - PATHOGENIE -

Il est évident que l'aspiration thoracique joue le rôle essentiel dans la production du volvulus gastrique dans une hernie hiatale. La grande courbure est aspirée dans un orifice hiatal préalablement très élargi.

Mais il est intéressant d'essayer de savoir pour quelle raison un type de volvulus se produit plutôt que l'autre.

1) Il s'agit parfois d'un volvulus organo-axial et c'est le cas de la plupart des hernies para-oesophagiennes où, en raison de l'allongement du ligament phrénogastrique, la grosse tubérosité de l'estomac peut passer au-dessus du diaphragme en s'introduisant dans une déhiscence diaphragmatique qui, nous l'avons vu, siège dans le plus grand nombre de cas, en avant, parfois en arrière, voire à droite de l'oesophage.

On ne peut concevoir cet engagement tubérositaire sans plicature, c'est-à-dire volvulus organo-axial, la grosse tubérosité devant tourner autour de la petite courbure de l'estomac pour passer en avant ou latéralement à l'oesophage abdominal. Certes, il s'agit souvent de volvulus partiel mais ceux-ci peuvent parfaitement se compléter.

2) Il s'agit d'ailleurs d'un volvulus mésentérico-axial et ici, on peut se demander si une association morbide fréquemment retrouvée dans ces cas, ne joue pas un rôle favorisant.

Il est en effet logique de penser que toute cause susceptible de produire un volvulus sous-diaphragmatique a d'autant plus de chance de

produire ce volvulus gastrique qu'elle est aidée par l'aspiration thoracique dans une hernie hiatale pour faire capoter l'estomac.

Certes, certaines causes favorisantes peuvent jouer telles que :

- . l'hyper-laxité des mésos surtout du petit épiloon,
- . la distension gastrique,
- . la dénutrition,
- . l'aérocolie importante refoulant l'estomac,
- . la mobilité anormale du segment antro-pylorique.

En fait, il semble bien que la cause majeure est l'existence de phénomènes pathologiques (ulcères ou cancers) siégeant sur la petite courbure et la rétractant, rapprochant ainsi le pylore du cardia. Ce phénomène amorce la plicature de l'estomac qui n'a plus alors qu'à être aspiré vers le haut pour que soit créé un volvulus mésentérico-axial.

3) A la lumière de ces explications, quelques points doivent être précisés :

a) Il était classique de considérer le volvulus gastrique comme une complication rare de la hernie hiatale para-oesophagienne, or, comme nous l'avons vu, toute hernie para-oesophagienne s'accompagne d'un volvulus plus ou moins important organo-axial.

Ce volvulus est plus ou moins bien supporté. La complication donc, quand elle survient, n'est que l'étranglement de ce volvulus.

b) Quand on est en face d'un volvulus mésentérico-axial, il faut toujours rechercher une lésion associée, qui a toutes les chances d'être située sur la petite courbure gastrique.

c) Quand la lésion qui a été à l'origine du volvulus mésentérico-axial est ulcéreuse, cet ulcère de l'estomac existait donc avant que ne se produise le volvulus et la hernie.

Cette lésion ulcéreuse ne peut, en aucun cas, être comparée aux ulcères du collet que l'on rencontre dans certaines hernies hiatales par

glissement et qui peuvent siéger sur toute la circonférence gastrique à l'endroit où elles passent dans l'anneau hiatal.

d) Cette lésion ulcéreuse gastrique à l'origine du volvulus exige un traitement particulier sans lequel persisterait l'amorce d'une récurrence de ce volvulus gastrique, malgré la réduction et le traitement de la hernie. On voit donc que cette lésion est totalement différente de l'ulcère du collet qui, après traitement convenable de la hernie par glissement, guérit le plus souvent spontanément.

4) La pathogénie de l'étranglement.

Cet étranglement, nous l'avons vu, entraîne un tableau d'occlusion très haute, que le volvulus ne peut expliquer, car nous connaissons l'existence de volvulus chronique très bien supporté pendant des années avec une symptomatologie discrète, voire nulle.

On ne peut donc donner au volvulus qu'un rôle adjuvant comme obstacle à l'évacuation gastrique.

Le facteur déterminant semble être, comme le pensent Patel et Hillemand, l'ingestion massive d'aliments ou de liquides qui crée une véritable dilatation aiguë sur cet estomac très difficile à évacuer.

A ceci se surajoutent rapidement oedème et stase vasculaire qui complètent le tableau de l'étranglement.

Cette hypothèse est confirmée par le fait que l'aspiration gastrique pré-opératoire, si elle est possible, (notre observation) ou per-opératoire en urgence, coupe le cercle vicieux de l'étranglement et permet la réduction facile de la hernie, ce qui était impossible auparavant.

Nous avons vu dans notre observation que gaz et liquide ayant été aspirés en grande quantité, la symptomatologie avait cessé rapidement, permettant ainsi de surseoir à une intervention qui aurait eu lieu dans de mauvaises conditions, et ceci bien que le volvulus gastrique persistât dans la hernie hiatale, comme l'a prouvé l'intervention ultérieure.

VIII - TRAITEMENT -

Le traitement du volvulus gastrique dans une hernie hiatale para-oesophagienne est chirurgical dans tous les cas.

Une seule entorse peut être faite à ce dogme : c'est la découverte fortuite, chez un sujet très âgé, d'un volvulus très bien supporté. Mais c'est la seule exception, car l'apparition d'une symptomatologie quelconque indique l'intervention d'une manière absolue, et ce, quelque soit l'âge.

A) Dans les volvulus non compliqués.

L'intervention se fera habituellement par voie abdominale. C'est en effet la seule voie qui permette de faire l'inventaire complet des lésions digestives volontiers associées.

1) L'incision est médiane, sus-ombilicale, dépassant parfois l'ombilic en bas.

- . La mise en place d'une valve sous-costale tirant bien,
- . La section, au besoin, du ligament triangulaire du foie,
- . La protection du foie et de la rate sous des champs mouillés,

exposent au mieux la région.

2) La réduction de la hernie de l'estomac est habituellement très facile, dans les formes non compliquées, mais nécessite parfois la section de certaines adhérences souvent peu serrées. Il est cependant des cas où des adhérences plus serrées de la rate au bord de l'hiatus ont nécessité une splénectomie.

Après réduction de la hernie, on pratique une détorsion de l'estomac fixé en volvulus.

L'estomac, ainsi rétabli dans sa position primitive sous-diaphragmatique, est maintenu par un aide.

3) Deux problèmes restent à envisager :

- la conduite à tenir vis à vis du sac herniaire.

parfois, le sac s'évagine hors de la cavité herniaire en tirant sur l'estomac. Il est alors réséqué. Ailleurs, il ne vient pas, il faut alors l'abandonner intra thoracique où il s'affaisse progressivement. Mais, dans ce cas, il est alors nécessaire de sectionner le péritoine du sac au pourtour de l'orifice hiatal, afin d'isoler complètement les bords pour en pratiquer la fermeture.

- la fermeture de l'orifice.

Cet orifice, nous l'avons vu, peut être situé en avant, à droite ou à gauche. Il faut le rétrécir en suturant ses deux berges l'une à l'autre suivant son grand axe.

Pour cela, on peut utiliser des points simples ou des points en U, au fil non résorbable.

On peut alors, pour terminer, renforcer l'angle de HIS par deux ou trois points adossant le bord droit de la grosse tubérosité au bord gauche de l'oesophage.

Mais surtout, il est nécessaire de fixer la grosse tubérosité au diaphragme, reconstituant ainsi le ligament phréno-gastrique.

4) Cependant, si tous ces gestes peuvent être faits par médiane sus-ombilicale, on a pu utiliser une autre voie, d'abord décrite par QUENU, pour réaliser une gastropexie dans les volvulus au cours des éventrations diaphragmatiques.

Il s'agit d'une incision épigastrique demi-courbe à concavité orientée en haut et à droite, partant du rebord costal gauche, au niveau de la dixième ou de la neuvième côte.

Cette voie permet :

- 1 - de réaliser tout ce que permet la voie médiane, c'est-à-dire, réduction et traitement de la hernie.
- 2 - de s'agrandir par thoracotomie si, pour une raison quelconque, la hernie s'avérait irréductible, en particulier quand tout le grand épiloon est engagé dans la hernie.
- 3 - de pratiquer une gastropexie antérieure en fixant l'estomac par deux lignes de suture aux deux lèvres de l'incision pariétale, améliorant encore sa fixation sous-diaphragmatique.

B) Le traitement de la hernie hiatale étranglée, doit être entrepris d'urgence.

Tous les auteurs sont d'accord pour insister sur l'intérêt de la vi-
dange rapide de l'estomac.

= Ce geste est très important :

1°- il fait cesser la dilatation gastrique aiguë et ramène l'estomac à un volume normal, supprimant par la même, l'étranglement aigu.

2°- il évite d'être obligé de faire, au cours de l'intervention, un large débridement du diaphragme pour réduire la hernie, car la réintégration d'un estomac monstrueusement dilaté, serait toujours impossible par simple traction.

= Pour réaliser cette évacuation gastrique :

- il faut toujours commencer par essayer de mettre en place une sonde d'aspiration gastrique introduite par la bouche ou le nez.

Cette sonde, si elle arrive à passer jusqu'à l'estomac, permet de le vider et ainsi (comme ce fut le cas dans notre observation) fait cesser les phénomènes aigus, permettant de surseoir dans l'immédiat, à une intervention, ce qui donnera le temps d'améliorer l'état général.

Cependant, assez fréquemment, la sonde butte au niveau du cardia ou du bas de l'oesophage sur lequel appuie l'estomac volvulé et dilaté.

- dans ce cas, on est amené à intervenir rapidement.

Cette intervention, qui doit être réalisée par voie abdominale, pour la majorité des auteurs, se déroule en deux temps :

- . d'abord la vidange de l'estomac,
- . puis la réduction et la cure de la hernie.

La vidange de l'estomac, au cours de l'intervention, peut se réaliser de deux manières :

Le plus souvent, en introduisant un doigt dans l'hiatus, on peut guider la sonde introduite par l'oesophage jusque dans la poche sous-diaphragmatique. Ceci permet son affaissement, suivi très rapidement de l'affaissement de la poche thoracique.

Ailleurs, en raison du caractère très serré de l'étranglement, cette manoeuvre n'est pas possible ; il faut alors se résoudre à la ponction de la poche abdominale qui donne régulièrement un succès total, mais nécessitera un enfouissement de l'orifice pathologique ainsi créé.

Une fois réalisée cette évacuation gastrique, on se trouve devant le même problème que celui du traitement d'un volvulus chronique dans une hernie hiatale volumineuse.

Nous avons vu qu'il était pratiquement toujours réductible par voie abdominale.

Le reste de l'intervention, c'est-à-dire la cure de la hernie, se déroule de la manière déjà vue.

La gastropexie utilisée dans deux de nos observations a été préconisée par certains auteurs, dans les cas où la brèche diaphragmatique trop importante, ne pouvait être réparée complètement chez un malade vieux et fatigué.

Enfin, trois questions restent à soulever :

1° - Le sac herniaire de ces hernies étranglées, n'est habituellement pas

disséqué. Les berges diaphragmatiques sont fermées, à son collet. Il peut être souhaitable d'affaïsser le sac et d'éviter une réaction liquidienne post-opératoire en l'aspirant par un petit drain de Redon.

2° - La réanimation est d'une importance capitale. Lorsque les phénomènes d'étranglement peuvent être levés, grâce à l'évacuation gastrique par une sonde, cette réanimation va être pré-opératoire.

Elle va permettre de corriger des troubles hydro-électrolytiques et protidiques, souvent importants chez ces sujets âgés et dénutris, limitant leur alimentation depuis assez longtemps.

Cette réanimation va ainsi permettre d'aborder un acte opératoire majeur dans des conditions optimales.

Lorsqu'on est obligé d'intervenir en urgence, parce que l'on n'a pas pu réussir à évacuer l'estomac, la réanimation sera entreprise pendant et après l'intervention. Mais, malgré la bonne qualité de cette réanimation, la lourde mortalité enregistrée par les différents auteurs, confirme la très grande utilité de la réanimation pré-opératoire.

3° - L'aspiration gastrique post-opératoire semble nécessaire dans ces gros estomacs distendus et reposés en sous-diaphragmatique.

Elle peut être faite par une sonde oeso-gastrique, mais aussi, chez le sujet âgé, on a pu préconiser de préférence, une gastrotomie transpariétale.

Enfin, comme dans toutes les hernies étranglées, la condition majeure de réussite du traitement, réside quand même dans l'absence de retard à l'intervention, et ceci d'autant plus que le sujet est plus âgé. C'est pourquoi, répétons-le, toute hernie hiatale avec volvulus, doit être opérée, et ceci même chez le sujet très âgé, dès qu'apparaît la moindre symptomatologie.

En l'absence d'intervention immédiate, les lésions vont évoluer rapidement et si une perforation gastrique limitée peut être traitée par un

simple enfouissement (Hurley), une gangrène plus étendue nécessitera une résection plus ou moins large, ceci sur un estomac de mauvaise qualité, chez un sujet en mauvais état général et souvent âgé, c'est dire la lourde mortalité qu'entraîne ce type de complication.

C) Reste à parler enfin du problème de l'ulcère associé.

Si l'ulcère du collet que l'on peut observer dans les hernies par glissement, guérit pratiquement toujours spontanément, après reposition du cardia, il n'en est pas de même de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac qui a entraîné un volvulus mésentérico-axial.

Cet ulcère, qui s'accompagne d'une importante rétraction de la petite courbure, est arrivé à un stade indiscutablement chirurgical.

Son traitement réside donc dans la gastrectomie subtotale.

Cependant, cette intervention surajoutée au traitement de volvulus et de la hernie hiatale, entraîne deux remarques :

1° - C'est un facteur d'aggravation en raison :

- du traumatisme opératoire surajouté,
- et aussi de l'adjonction d'un temps septique (la gastrectomie) à l'autre intervention qui intéresse l'espace infra-médiastinal postérieur, espace dont l'infection est extrêmement dangereuse.

2° - La gastrectomie subtotale prédispose, pour beaucoup d'auteurs, aux hernies hiatales par glissement, probablement parce qu'elle sectionne le pédicule coronaire stomachique, dont l'importance est tellement soulignée par LORTAT JACOB.

C'est dire l'intérêt, au cas où on est obligé d'adjoindre ce temps opératoire, de veiller particulièrement à la fermeture de l'orifice hiatal et à la reposition de la grosse tubérosité.

Peut-être serait-ce l'indication de la gastropexie antérieure décrite par QUENU, portant uniquement bien entendu sur le segment tubérositaire restant.

- CONCLUSION -

En conclusion, un certain nombre de points particuliers méritent d'être rappelés :

- La hernie diaphragmatique est, comme nous l'avons vu, une hernie par roulement à travers un orifice hiatal très élargi.

- Cette hernie est donc limitée par un sac péritonéal dans lequel s'engage l'estomac.

- L'estomac, pour pénétrer dans ce sac, est presque toujours obligé de subir une torsion et par conséquent, presque toutes les hernies para-oesophagiennes seraient donc associées à un degré de volvulus organo-axial.

- Lorsqu'il s'agit d'un volvulus mésentérico-axial, il faut toujours rechercher une lésion associée, en particulier un ulcère de la petite courbure.

- Cette association volvulus gastrique et hernie hiatale est curieusement bien supportée, contrairement au volvulus gastrique dans les ruptures traumatiques du diaphragme, et il n'est pas rare que son diagnostic soit fortuit lors d'un examen radiologique thoracique.

- Quand existe une symptomatologie, ce sont les signes digestifs (vomissements et douleurs épigastriques) qui dominent la scène clinique.

- L'examen radiologique reste la clé de voûte du diagnostic, montrant sur les clichés thoraciques une image aérique ou hydro-aérique, située

à la base et en position rétro-cardiaque. Le transit baryté oeso-gastro-duodénal, permet de reconnaître le vulvulus gastrique, son type, et l'existence d'une obstruction éventuelle.

- Parfois, peut survenir la complication classique à toute hernie : l'étranglement.

La hernie hiatale avec volvulus gastrique est d'ailleurs pratiquement seule hernie hiatale étranglée.

Bien entendu, cet étranglement, qui est provoqué par une brusque dilatation aiguë de l'estomac, nécessite une sanction thérapeutique d'urgence: la vidange de l'estomac.

- Le traitement de cette affection sera toujours mené par voie abdominale, même en cas d'étranglement et ceci, grâce à l'évacuation gastrique pré ou per-opératoire.

Cette attitude est remarquable car elle s'oppose à la technique d'abord thoracique très fréquemment utilisée et souvent seule possible, pour traiter les étranglements dans les ruptures traumatiques du diaphragme.

La réparation de l'orifice hiatal après réduction de la hernie est généralement possible.

Dans les cas où elle peut ne pas paraître satisfaisante, l'artifice de la gastropexie empêchera que l'estomac ne remonte ou ne se volvule à nouveau.

- enfin, on ne saurait terminer, sans insister une dernière fois sur l'intérêt d'une intervention sur un sujet bien préparé et bien réanimé, car c'est le facteur majeur du succès opératoire.

Vu le Président de Thèse

Pr. J. M. VERNE

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

- BIBLIOGRAPHIE -

1 - BALDUCCI E. -

Considération sur un cas de hernie trans-diaphragmatique de l'estomac, volvulus gastrique intermittent, anémie secondaire et pneumatose kystique de l'intestin.

G. Clin. Med. 41 - septembre 1960, p. 1211-1225.

2 - BARRAYA - (voir MOUCHET)

3 - BAUMEL J. et FASSIO Et. -

Estomac thoracique avec volvulus viscéro-axial.

Arch. Mal. App. dig., nov. 1950, 39, n° 11, p. 1154-1158.

4 - BEARDSLEY M. - WILLIAM R. THOMPSON -

Hernie hiatale avec obstruction aiguë.

Ann. of Surg. 1964 janv., n° 1, p. 61.

5 - BLATT E.S., SCHNEIDER H.J., WIOT J.F. and FELSON B. -

Aspect radiologique des hernies diaphragmatiques étranglées.

Radiology 79, 1962, p. 648.

6 - BONORINO UDAONDO C., D'ALOTTO V. et CABANNE E. -

Hernie diaphragmatique et volvulus de l'estomac.

Acta gastro-entérol. belg. mai-juin 1950, 13, n° 5/6, p. 709-711.

7 - BORRIE J. -

Hernie diaphragmatique étranglée, 5 cas traités chirurgicalement.

Australian and New Zealand J. Surg. 1960, 29, p. 311.

8 - BOSHER L.H., FISHMAN L., WEBB W.R., OLD L. -

Hernie diaphragmatique étranglée avec gangrène et perforation de l'estomac.

Dis. Chest. 1960, 37, p. 507.

9 - BRANSON K. -

Un cas de hernie hiatale incarcerated.

Ann. of Surg. 1955, 141, p. 273-275.

10 - BRINDLEY -

Complications des hernies diaphragmatiques.

Arch. of Surg. 1960, 81, n° 4, p. 582-590.

11 - CARTER B.N. et GIUSEFFI J. -

Ann. of Surg. 1948, 128, p. 210.

12 - CHAPU G.B. -

A propos d'un cas de volvulus gastrique par hernie diaphragmatique chez un nourrisson de 21 jours.

Thèse Paris, 1956, n° 512.

13 - CHAUMERLIAC J. et H. et BARRIER J. -

Hernie diaphragmatique et volvulus de l'estomac.

Arch. Mal. App. dig., nov. 1948, n° 11/12, p. 711-717.

14 - CULVER G.J., PIRSON H. et BEAN B.C. -

Mécanisme de l'obstruction dans les hernies diaphragmatiques para-oesophagiennes.

J.A.M.A. 1962, 181, p. 933.

15 - DALGAARD J.B. -

Volvulus de l'estomac. Compte-rendu d'un cas et revue de la littérature.

Acta chir. scandinav., 1952, 103, p. 131-153.

16 - DELANNOY E. et SALEMBIER J. -

Volvulus abdominaux thoraciques aigus de l'estomac dans une hernie diaphragmatique.

Mém. Acad. chir., juil. 1949, 75, n° 25, p. 651-654.

17 - DICK A. -

Volvulus de l'estomac avec hernie diaphragmatique.

Clinical radiol. 1963, 14, n° 2, p. 149-157.

18 - ESCH BACH -

Etranglement, premier signe d'une hernie hiatale non traumatique.

Arch. Mal. App. dig., 1959, 6, p. 712-713.

19 - EYO E.E. -

Rotation axiale de l'estomac et hernie hiatale.

W. Afr. Med. J. 1964, 13, p. 183-193.

20 - FONTAYNE A., CLEMENT R., LAURENS G. -

Hernie diaphragmatique et volvulus gastrique.

J. Radiol. Electrol., 1962, 43, n° 5, p. 322-324.

21 - GADRAT J. -

Hernie diaphragmatique avec volvulus de l'estomac et ulcère de la petite courbure chez une tuberculeuse pulmonaire.

Arch. Mal. App. dig., 1961, 50, n° 7-8, 810-814.

22 - GARDINER -

Hernie diaphragmatique avec volvulus de l'estomac et obstruction aiguë.

Brit. Med. J. 1944, 2, p. 114-115.

23 - GIRARD M. -

A propos d'un cas de hernie gastrique diaphragmatique avec accident de torsion.

Arch. Mal. App. dig., 1950, 39, n° 6, p. 745-746.

24 - GOTTLIEB C., LEFFERTS D. et BERANBAUM S.L. -

Volvulus gastrique.

Am. J. Roentgenol. 1954, 72, p. 609-615.

25 - GUNN A.A. -

Volvulus gastrique et hernie para-oesophagienne.

J. Roy. Coll. Surg. Edimb., 1964, 9, p. 146-149.

26 - GUZMAN - VILAR T.A. -

Hernie diaphragmatique traumatique avec volvulus de l'estomac, hémorragie post-opératoire par 3 ulcères peptiques.

Prensa med. argent., 1957, 44, n° 4, p. 257-262.

27 - HARRINGTON -

Différents types de hernies diaphragmatiques traitées chirurgicalement. Rapport sur 430 cas.

S.G.O. 1948, 86, n° 6, p. 735-755.

28 - HILLEMAND P., BERNARD H.J., HAAS et ROUX P. -

Hernie diaphragmatique et volvulus gastrique.

Arch. Mal. App. dig., av. 1955, 44, n° 4, p. 417-435.

29 - HOFMAN W. -

Hernie diaphragmatique étranglée avec gangrène de l'estomac.

Arch. of Surg., 1954, 69, p. 125-131.

30 - HORTON J., HAMMOND J.D.S. -

Hernie diaphragmatique incarcerated avec obstruction.

Thorax 1960, 15, p. 59.

31 - HUGHES J.F., O'BRIEN F.T. and MORRIS A.J. -

Hernie diaphragmatique étranglée.

Delaware M.J. 1955, 27, p. 6.

32 - HURLEY G. -

Hernie diaphragmatique étranglée.

Ann. of Surg. 1953, 138, p. 262-267.

33 - KIDD A. -

Deux cas de volvulus de l'estomac dans une hernie diaphragmatique.

Brit. J. of Surg., 1948, 36, n° 141, p. 58-60.

34 - LE CLUYSE R. -

Estomac en volvulus complet dans une hernie diaphragmatique.

Acta gastro-entérol. belg., 1949, 12, n° 4, p. 274-276.

35 - MAC COLLUM et KURTZ -

Hernie hiatale étranglée avec perforation de l'estomac.

Am. J. Surg. 1955, 90, n° 6, p. 1031-1033.

36 - MASSERINI C. et RIZZI A.M. -

Aspect particulier d'un volvulus de l'estomac avec hernie hiatale.

Minerva gastro-entérol., 1962, 8, n° 4, p. 131-136.

37 - MINICONI P. et MIGUERES J. -

Hernie diaphragmatique et volvulus longitudinal de l'estomac.

Algérie Méd., 1956, 60, n° 12, p. 1029-1030.

38 - MOUCHET A. et BARBAYA -

Les hernies hiatales.

Congrès de Chirurgie, 1962.

39 - MOUSSEAU M. et HARDY M. -

Etranglement d'un volvulus de l'estomac à travers l'hiatus oesophagien.

Arch. Mal. App. dig., 1955, 44, n° 6, p. 777-779.

40 - PATEL, HILLEMAND P. et CORMIER -

Hernie hiatale étranglée.

Arch. Mal. App. dig., 1960, 49, n° 6, p. 689-695.

41 - PEARSON S. -

Hernie diaphragmatique étranglée.

Arch. of Surg., 1953, 66, p. 155-156.

42 - PEYER A. -

Mitt Granzgeb Med. Chir. 1909, 20, p. 686.

43 - PINEAU VALENCIENNES -

Hernie diaphragmatique et volvulus de l'estomac.

J. Radiol. Electrol., 1950, 31, n° 5-6, p. 363.

44 - PRETTO E. et PERUSI O. -

Volvulus de l'estomac et de l'intestin chez les malades atteints de la hernie diaphragmatique.

Chir. Ital., 1961, 13, p. 444-456.

45 - RAGANEAU R., PETELOT et MOLEY -

Hernie diaphragmatique para-médiane droite avec volvulus gastrique.

J. Radiol. Electrol., 1956, 37, n° 5-6, p. 401.

46 - SELLORS T.H. et PAPP C. -

Hernie diaphragmatique étranglée avec torsion de l'estomac.

Brit. J. Surg., 1955, 43, n° 179, p. 289-292.

47 - SENEQUE et CHATELIN -

Hernie diaphragmatique par hiatus oesophagien.

J. Chir. 1948, 64, p. 609-625.

48 - SHERIDAN -

Hernie diaphragmatique avec incarceration et gangrène de l'estomac.

Surgery 1955, 38, n° 4, p. 741-747.

49 - SHOCKET E., JACOB NEBER M.D. -

Hernie diaphragmatique avec obstruction aiguë.

Am. J. Surg., 36, 1964, 108, n° 6, p. 805-810.

50 - SKINNER E.E., CARR D., DUNCAN J.T., HALL J.R. -

Hernie diaphragmatique étranglée.

J. Thoracic Surg., 1958, 36, p. 102.

51 - SWEET -

Analyse de 130 cas de hernie hiatale traités chirurgicalement.

J.A.M.A., 1953, 151, p. 376-378.

52 - THOMPSON J.W. and LEBLANC L.J. -

Hernie diaphragmatique congénitale.

Am. J. Surg. 1945, 67, p. 123.

53 - TERQUEM J., CHERIGIE, GOULON -

Hernie diaphragmatique et ulcère du collet.

Arch. Mal. App. dig., 1963, 52, n° 10, p. 1017.

54 - WEGENER H. -

Contribution à la question de l'origine d'un volvulus de l'estomac en se basant sur une observation d'un volvulus avec hernie de l'hiatus diaphragmatique.

Arstl. Wschr., 1959, 14, n° 11, p. 216-219.



EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V* -
ODÉ 58-90